

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie, orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radiographie après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26688**

Matricule : **3351** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **JALAL Abdelhak**

Date de naissance : **05/10/60**

Adresse : **habituelle**

Tel : **0673130831** Total des frais engagés : **194,50**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr. CHERRADI Ahmed
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
210. Bd El Fida Casablanca
Tel : 06 77 04 59 09

Date de consultation : **4/15/2020**

Nom et prénom du malade : **JALAL Abdelhak** Age : **59**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Congestif**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le : **04/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Pharmacie MENARD 45/51 Rue 1 Derb el Milla N° 9 Derb Boucheutour Casablanca T44-05 27 28 40 25	Montant de la Facture 194,50 194575000000062

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée et l'acte réalisé en indiquant le type de soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement par couronnes, bridges ou D.O.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				INSTANTS DES SOINS
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H A ——— B ——— C ——— D ——— E ——— F ——— G ——— H B (Creation, remont, adjonction)			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				INSTANTS DES SOINS
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION
				DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Le: 4-1-2020

JALAL Abdelchek

ORDONNANCE

138,30 Aug 100 mg 3x1

34,00 100 mg 1x1

22,20
194,50



PHARMACIE MENARA
Sénégal Mouna
Derb el Moutar No 9 Rue 1
Derb Boucheurou Casablanca
Tél: 05 22 25 40 30

DLA
Chirre
210

LOT: 9M097
PER: 01/2021
SURGAM 100MG
CP SEC B30
P.P.V: 34DH00
6 1 8000 060864

FPV 22DH20
PER 10/21
LOT 12335



PPV: 138,30 DH
LOT: 612484
PER: 10/20

RESPECTER LES DOSE
Liste I. Uniquement su